UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1969 - N° 67

LE RÊVE CHEZ LE PSYCHOTIQUE

Première approche expérimentale d'une étude du contenu onirique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 28 avril 1969

PAR

Dominique VALLÉE

Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Tropicale
Médecin breveté de la Marine Marchande
né le 4 décembre 1943 à Mont-de-Marsan (Landes)

Examinateurs de la thèse / Juges.

MM. J. FAURE, Professeur, Président.
P. DELMAS-MARSALET, Professeur
M. BLANC, Professeur
J.-D. VINCENT, Agrégé

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, cours de la Marne

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0007

Dessin exécuté par un de nos malades
sur le thème du rêve.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1969 - N° 67

LE RÊVE CHEZ LE PSYCHOTIQUE

Première approche expérimentale d'une étude du contenu onirique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 28 avril 1969

PAR

Dominique VALLÉE

Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Tropicale
Médecin breveté de la Marine Marchande
né le 4 décembre 1943 à Mont-de-Marsan (Landes)

Examinateurs de la thèse — MM. J. FAURE, Professeur, Président. P. DELMAS-MARSALET, Professeur. M. BLANC, Professeur. J.-D. VINCENT, Agrégé — Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, cours de la Marne

1969

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. G. PORTMANN, R. SIGALAS

DOYEN : M. F. TAYEAU. — **ASSESSEURS :** MM. J. MASQUELIER, P. LAUMONIER.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, CHARRIER, DUBREUIL, CREYX, DARGET, R. SIGALAS
G. PORTMANN, M. RIVIERE, R. GIRARD, C. PIFFAULT, R. FABRE,
R DUFOUR, P. FOURMENT, E. AUBERTIN, X. J. DUBECQ, L. MASSE A. LACHAPELE
R. DE GRAILLY, G. VITTE

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	
P. DELMAS-MARSALET	Clinique des maladies nerveuses et mentales.
P. DERVILLEE	Médecine légale et Médecine du travail.
R. MANDOUL	Zoologie et parasitologie.
R. CASTAGNOU	Toxicologie et hygiène appliquée.
J. REBOUL	Carcinologie.
P. MESNARD	Chimie organique et Chimie analytique.
R. GRANDPIERRE	Physiologie.
P. BROUSTET	Clinique médicale cardiologique.
J. MAGENDIE	Clinique chirurgicale.
F. TAYEAU	Biochimie médicale A.
G. MAYER	Histologie et embryologie.
P. BLANQUET	Physique nucléaire appliquée et radiobiologie.
N.	Pathologie générale et expérimentale.
R. SARIC	Clinique médicale.
L. POUYANNE	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.
J.-J. DUBARRY	Hydro-climatologie thérapeutique et clinique des maladies de l'appareil digestif.
F.-J. TRAISSAC	Clinique thérapeutique.
R. MAHON	Clinique d'accouchements.
R. PAUTRIZEL	Immunologie et biologie parasitaire.
Mlle G. ROUGIER	Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.
G. MOUSTARDIER	Bactériologie.
E. BESSIERE	Clinique ophtalmologique.
H. LEGER	Anatomie pathologique.
J. MASQUELIER	Matière médicale.
G. MORETTI	Clinique médicale propédeutique et médecine tropicale.
J. DESPONS	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.
P. LAUMONIER	Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire.
J. LENG-LEVY	Clinique médicale et des maladies infectieuses.
R. LETAC	Pathologie et recherche chirurgicales.
R. QUILICHINI	Pharmacie galénique.
E. NEUZIL	Biochimie médicale B.
R. STOLL	Biologie.
J. LANGE	Clinique urologique.
P. FREOUR	Hygiène et Clinique de pneumophtisiologie.
F. RIGAUD	Anatomie.
J. FAURE	Physio-pathologie et neuro-physiologie.
G. DUBOURG	Clinique chirurgicale des maladies cardiaques.
J. VILLAR	Clinique gynécologique.
P. LE COULANT	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
M. BERGOUIGNAN	Pathologie nerveuse et mentale.
J. DUHAMEL	Physique médicale et pharmaceutique.
R. BABIN	Pharmacie chimique.
N.	Sémiologie médicale.
H. CHOUSSAT	Pathologie médicale.
L. CHASTRUSSE	Clinique obstétricale.
P. VERGER	Clinique médicale des maladies des enfants.
F. LAPORTE	Chirurgie générale.
R. TINGAUD	Clinique chirurgicale.
H. LAUBIE	Botanique et cryptogamie.
Cl. RICHIR	Anatomie pathologique.
R. GOLSE	Chimie générale et Chimie minérale.
J. BAILENGER	Zoologie et biologie animale.
J.-Cl. COLLETER	Chimie analytique.

UNIV. LEIDEN BIBL.

PROFESSEURS TITULAIRES (suite) :

MM.

H. BRICAUD	Médecine générale.
P. BENOIT	Clinique odonto-stomatologique.
Cl. MARTIN-DUPONT	Clinique néphrologique.
J. CANELLAS	Pharmacodynamie et Hydrologie.
R. CANIVENC	Histologie.
G. DELORME	Electroradiologie.
J. DEPAULIS	Sémiologie chirurgicale.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

J. RIVIERE	Médecine générale.
J. DAVID-CHAUSSÉ	Médecine générale.
J. MARQUEVIELLE	Biochimie médicale.
H. DULONG DE ROSNAY	Bactériologie.
M. BLANC	Neuro-psychiatrie.
Cl. MASSÉ	Chirurgie générale.
R. MARAUD	Histologie et embryologie.
P. DU PASQUIER	Bactériologie.
J. STAEFFEN	Médecine générale.
J.-P. DUBECQ	Obstétrique.
R. CROCKETT	Chimie organique et chimie analytique.
G. NEVERRE	Physiologie.
J. MEUNIER	Histologie.
A. SERISÉ	Hygiène.
P. FERRET-BOUIN	Physique médicale.
J. VIDEAU	Anatomie.
A. CASTAING	Médecine générale et thérapeutique.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

R. JENSEN	Chimie biologique.
J. BROUSSIN	Electroradiologie.
R. TESSIER	Pneumo-phtisiologie.
Mme J. SECHET	Biochimie médicale.
C. LAGARDE	Carcinologie.
C. BÉRAUD	Thérapeutique.
H. LAZARINI	Médecine légale et Médecine du travail
J. SOUMIREU-MOURAT	Obstétrique.
G. CABANIEU	Médecine générale.
R. LELOURD	Pneumo-phtisiologie.
L. COURAUD	Chirurgie générale.
J. BENTEGEAT	Hématologie.
Cl. VRIGNAUD	Physique pharmaceutique.
M. BERGER	Oto-rhino-laryngologie.
P. SOURREIL	Dermato-vénéréologie.
L. ARNÉ	Médecine générale et thérapeutique
Cl. MARTIN	Pédiatrie.
R. BAUTE	Cryptogamie.
V. DARGELOS	Microbiologie.
Mlle S. LARCEBAU	Toxicologie.
C. WONÉ	Médecine générale et thérapeutique.
J. JULIEN	Médecine générale et thérapeutique.
J.-J. BATTIN	Pédiatrie.
M. DALLOCCHIO	Cardiologie et maladies vasculaires.
J. AUBERTIN	Maladies infectieuses.
P. VÉRIN	Ophtalmologie.
M. GOT	Neuro-chirurgie.
J. TAVERNIER	Electrocardiologie : diagnostic et thérapeutique.
J. VINCENT	Physiologie et explorations fonctionnelles.
L. CHEVAIS	Anesthésiologie.
G. GILLARDEAU	Anesthésiologie.
J. HONTON	Orthopédie et traumatologie.
M. BOMBART	Orthopédie et traumatologie.
A. HUGUES	Cancérologie.
M. SABATHIE	Anesthésiologie.

AGREGES EN EXERCICE :

P. DARMAILLACQ	Chirurgie générale.
L. CORCELLE	Ophtalmologie.
M. PORTMANN	Oto-rhino-laryngologie
P. BLANCHOT	Médecine générale.
L. DOUTRE	Chirurgie générale.
F. BALLANGER	Urologie.

MM. **AGREGES EN EXERCICE** (suite)

P. BIRBIS . . . . . Chirurgie générale.
J.-P. CALAMEL . . . . . Chirurgie générale.
L. TEXIER . . . . . Dermato-syphiligraphie.
H. POUYANNE . . . . . Neuro-chirurgie.
P. LOISEAU . . . . . Neurologie et psychatrie.
R. GENESTE . . . . . Orthopédie.
F. FONTAN . . . . . Chirurgie générale.
J. LASSERRE . . . . . Orthopédie.

AGREGES LIBRES

G. FAUGERE . . . . . Obstétrique.
M. L'EPÉE . . . . . Médecine légale.
H. CABANIÉ . . . . . Anatomie.

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES :

P. BONJEAN . . . . . Anatomie.
M. LAHOURCADE . . . . . Parasitologie.
M. SENTENAC . . . . . Anatomie.
G. DELMON . . . . . Anatomie pathologique.
J. TRIBOULAY . . . . . Immunologie. Sérologie.
F. X. MICHELET . . . . . Stomatologie.

L'attaché d'administration universitaire, chef des Services administratifs :

Mme M.-C. CHAPENOIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

« *Ne croyez jamais d'emblée au malheur des hommes.*

« *Demandez-leur s'ils peuvent encore dormir.* »

Louis-Ferdinand CELINE :

Voyage au bout de la nuit.

A CHRISTINE

Nous nous retrouvâmes enfin sous les Tropiques. Nous connaîtrons d'autres Thébaïdes.

Je te dédie ce travail que tu m'encourageas à poursuivre.

A MON PERE

Tu m'as transmis ton goût de la connaissance.

Tu as su me guider et me soutenir au cours de mes études.

A MA MERE

Tu me donnas l'amour de la vie.

Ce travail n'est qu'un modeste témoignage de l'affection que je vous porte.

A MA SŒUR

A MON ONCLE, LE DOCTEUR PALLU

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A LA MEMOIRE DU MEDECIN-COLONEL ROLLAND

A MADAME G. GODEFROID

Professeur de Sciences Naturelles

Vous avez réussi à me faire admirer Claude Bernard, alors que seuls les *Souvenirs Entomologiques* m'intéressaient.

Vous avez largement contribué au choix de ma carrière.

Recevez l'hommage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR SAGARZAZU

Professeur de Philosophie

Comme le Docteur Pangloss, vous ne dites pas la seconde partie de votre enseignement : elle se découvre toute seule.

« Peut-être, notre civilisation n'est pas morte... »

A. KOESTLER (Le zéro et l'infini).

A MONSIEUR HAROUN TAZIEFF

Vos conseils me furent précieux. Vous avez su faire patienter mon goût de l'aventure.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MASSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Cl. MARTIN-DUPONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. AUBERTIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BERGER

MONSIEUR LE DOCTEUR A. HUGUES

MONSIEUR LE DOCTEUR L. ARNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FAURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT
DE MEDECINE TROPICALE

AUX MEMBRES DU GROUPE DE RECHERCHE
D'ONIROLOGIE DU LABORATOIRE D'EXPLORATION
FONCTIONNELLE DU SYSTEME NERVEUX
DU CENTRE JEAN-ABADIE

AU DOCTEUR BOURGEOIS
Chef de Clinique, Assistant des Hôpitaux

Votre grande compréhension et vos conseils judicieux m'ont permis de mener à bien ce travail nocturne.

AU DOCTEUR B. FAVAREL-GARRIGUES
Interne des Hôpitaux de Bordeaux
Attaché de Faculté

Ton travail sur le sommeil de nuit du Schizophrène m'a été d'un grand secours.

J'ai découvert en toi les qualités de médecin et d'ami.

« Nous ne discutons pas le travail, ni en tant que droit, ni en tant qu'obligation ».

Oliveira SALAZAR.

AU DOCTEUR BRETEGNIER

AUX DOCTEURS JEAN ET MARTINE BROUSTRA

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. D. VINCENT

Maître de conférence agrégé de Physiologie
et exploration fonctionnelle
Biologiste des Hôpitaux

Vous nous avez confié ce sujet qui nous a passionné. Il nous a plu de travailler dans le groupe de recherche que vous animez avec tant de discernement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BLANC

Professeur sans chaire (Neuropsychiatrie)
Médecin des Hôpitaux, Chef de service
Directeur d'études de la section de Psychopathologie
(Institut Psychologique)

Pendant ces deux ans au Centre Abadie, vous nous avez appris à écouter. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales
Médecin des Hôpitaux
Membre correspondant national de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre 1914-1918
Officier des Palmes Académiques
Médaille de vermeil du Service de Santé de la Marine

Vous avez été notre « patron »; vous resterez notre Maître, tant vos qualités humaines et cliniques nous ont profondément marqué.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FAURE

Professeur de Médecine expérimentale
Biologiste des Hôpitaux, Chef de service
Croix de Guerre 1939-1945
Croix du Combattant Volontaire de la Résistance
Officier des Palmes Académiques
Senior Fellow de l'Institut Neurologique de Montréal
(Université Mc Gill)

Pendant notre stage dans votre laboratoire, nous avons pu profiter de votre grand savoir et admirer en vous les qualités de l'homme de science.

INTRODUCTION

« Le vide est un miroir tourné vers mon propre visage. Je me vois moi-même, et je suis pris d'horreur et de crainte... Mon indifférence pour les hommes m'a mis hors de leur communauté. Désormais, je vis dans un monde fantasmagorique, enfermé dans mes imaginations et mes rêves. » *

Ainsi s'exprime le Chevalier de BERGMAN qui joue aux échecs avec la mort. Rêve-t-il ? Est-il fou ?

Il est impossible de trancher, car le cinéma traduit l'état onirique et l'expérience hallucinatoire par les mêmes images. Le rêve du sommeil et le délire de la folie ont sans doute des racines communes.

C'est pourquoi les siècles jugèrent la maladie mentale en fonction de l'importance qu'ils attribuaient au rêve. Ainsi, dans l'Antiquité, c'est par les songes que les dieux communiquaient avec les hommes. Quiconque avait fait un rêve important, était tenu de le relater, dans ses moindres détails, devant le Sénat. De la même façon, certains messages, les oracles, particulièrement obscurs, ne pouvaient être interprétés que par des malades mentaux, qui présentaient sans nul doute, des psychoses hallucinatoires. Sous d'autres latitudes, d'après LÉVY-BRUHL, les membres de certaines tribus d'Amérique Centrale se croient obligés de réaliser leurs rêves dans les moindres détails, même s'il s'agit d'un meurtre, de peur que l'esprit protecteur du clan ne se sente offensé.

---

* Ingmar BERGMAN : *Le Septième Sceau* (Det Sjunde Inseglet), 1956.

De telles valorisations exhaustives sont inconnues au Moyen Age. L'Inquisition brûle plus d'un million et demi de malades mentaux accusés de sorcellerie *, et le rêve passe, si l'on se réfère à ARISTOTE, pour être d'inspiration infernale.

D'un point de vue plus rationnel, cette similitude énigmatique entre le rêve et la folie frappa des auteurs aussi disparates que MONTAIGNE, MAINE DE BIRAN, ou Sainte-Thérèse d'AVILA.

Puis KANT considéra le fou comme un dormeur éveillé, et HAGEN pensa de la folie qu'elle était « un rêve amené non par le sommeil, mais par la maladie ». De même, d'après WUNDT, on peut connaître grâce au rêve « tous les états observés dans les asiles ».

Au début du siècle enfin, avec les progrès de la psychologie, on tentait une analyse plus profonde de ces états. Dans la première édition de « l'Interprétation des Rêves », FREUD écrit que « le cours kaleidoscopique des images du sommeil correspond à la fuite des idées de la psychose... La dissociation de la personnalité du rêveur est tout à fait comparable à celle d'un psychotique... Bref, l'analogie entre le rêve et les psychoses tend à montrer une parenté de nature... Leur similitude est manifeste dans la modification de la conscience du moi, et partant, de la personnalité ; puis dans la modification de la perception sensorielle ; dans l'absence de la conscience morale ; dans l'intense coefficient émotionnel ; enfin, dans la tendance à l'accomplissement des désirs ».

Quelle était cependant l'influence, s'il y en avait une, de la maladie mentale sur le rêve ? FREUD, dans un but thérapeutique, regretta « de ne pas s'être intéressé aux modifications

* D'après Jean BODIN.

du rêve et du sommeil dans les états psychotiques ». Mais pour le recueil du rêve on ne disposait d'aucune technique qui permît une étude précise dans ce domaine. Or en 1955, un demi-siècle après FREUD, KLEITMAN et AZERINSKI individualisaient « la Phase du sommeil à Mouvements Oculaires rapides ». D'autres auteurs bientôt faisaient de la P.M.O. le support biologique et la manifestation objective du rêve. Dès lors une physiologie du rêve devenait concevable.

Une double approche était possible : quantitative, le rêve identifié à la P.M.O. devenant une grandeur mesurable, et qualitative, le contenu onirique pouvant être recueilli de façon plus immédiate grâce à l'éveil provoqué pendant la P.M.O.

Dans le cadre de la maladie mentale, le travail préalable d'un membre de notre groupe s'est attaché à l'aspect quantitatif et objectif des perturbations du sommeil chez des schizophrènes. Nous entrepenons, quant à nous, une étude qualitative des rêves des malades mentaux. Mais ce n'est ici qu'une étape préliminaire à un travail actuellement en cours.

CHAPITRE PREMIER

L'ACTIVITÉ MENTALE AU COURS DU SOMMEIL NOCTURNE

Nous rappellerons successivement la nature, les moyens d'investigation et les perspectives d'étude de l'activité mentale au cours du sommeil.

I. — EXISTE-T-IL UN SIGNAL SPECIFIQUE DU REVE AU COURS DU SOMMEIL ?

L'organisation du sommeil consiste en la reproduction au cours de la nuit, d'un certain nombre de périodes ou de cycles élémentaires, en général 3 à 5 ; chacun comprend l'alternance d'une phase de sommeil lent et d'une phase de sommeil rapide à mouvements oculaires (P.M.O.) Cette dernière s'accompagne d'un véritable bouleversement physiologique auquel s'attachent des corrélations électrocliniques bien connues, notamment la chute du tonus musculaire hyoïde et mentonnier. SNYDER considère la P.M.O. comme « un troisième état biologique » à côté de la veille et du sommeil lent.

La plupart des auteurs lui rattachent l'apparition de la pensée onirique. En effet, 80 % des éveils provoqués (DEMENT 1955) donnent lieu à un récit onirique. De multiples tra-

vaux ont, depuis lors, confirmé cette assertion. Le pourcentage des rêves obtenus est variable suivant les auteurs (80 à 88 % — 80, 3 % pour MEIER et Coll., 1968), mais il n'est plus raisonnable de douter de la survenance du rêve lors de la P.M.O.

Cependant la P.M.O. ne constitue pas le support exclusif de l'activité mentale au cours du sommeil. Dans leur première étude, DEMENT et KLEITMAN ont montré que 7 % seulement des éveils provoqués au cours du sommeil lent donnent lieu à une évocation onirique. Des études plus récentes montrent que ce pourcentage est en réalité plus élevé : FOULKES (1966) constate que 64,6 % des éveils en sommeil lent sont suivis d'un récit. Mais, dans la moitié des cas, on ne reconnaît ni le caractère « vivide », ni la fantaisie ou l'apparente absurdité, ni l'illogisme du véritable récit onirique. Et le sujet restitue une activité mentale organisée à type de réflexion (pensée cognitive) plutôt qu'une expérience visuelle hallucinatoire, apparentée au vécu onirique.

Il est donc difficile de savoir si l'activité mentale nocturne est continue, mais il est possible d'affirmer que lorsqu'on éveille un sujet en P.M.O., les chances d'obtenir un récit onirique sont les plus grandes. Hors de ce stade, cette probabilité baisse d'une manière significative.

Il subsiste une ambiguïté que nous allons retrouver en abordant les différentes méthodes pour recueillir le rêve.

2. — LES METHODES DE RECUEIL DU REVE

Elles se classent en deux groupes, selon qu'elles font appel à la restitution immédiate du rêve quelques instants après son accomplissement, ou au souvenir onirique du matin.

A. - Souvenir onirique.

— *le récit du matin :*

La méthode la plus simple pour recueillir un rêve est bien sûr d'interroger un patient le matin, à son réveil ; le principal inconvénient réside dans l'éloignement du récit onirique par rapport à l'expérience vécue pendant la nuit. Le premier rêve survient en effet quatre-vingt-dix minutes environ après l'endormissement.

De plus, un certain nombre de sujets prétendent ne jamais rêver, réduisant ainsi le champ d'investigation (non-rapporteurs de rêves). Cependant cette méthode qui ne nécessite pas d'enregistrement polygraphique ni de personnel spécialisé, reste toujours en faveur en raison de sa grande commodité.

— *La psychanalyse :*

L'étude du contenu latent du rêve, en situation transférentielle, est capitale. Cette méthode basée sur le souvenir onirique du matin, présente les mêmes inconvénients que la précédente ; elle reste limitée à une certaine catégorie de sujets et il s'agit d'une méthode avant tout thérapeutique.

B. - La restitution immédiate du rêve.

— *Les éveils inopinés :*

Certains auteurs comme Maury, De Sanctis, Leroy ou le Marquis Harvey de Saint-Denis, avaient acquis la faculté de se réveiller spontanément pendant leurs rêves ; ils pouvaient ainsi, au cours de la nuit, noter par écrit leurs expériences oniriques. Cette méthode d'éveils inopinés, permet d'accroître les activités introspectives, habituellement protégées par une amnésie massive ; de plus, elle souligne l'influence de la suggestion sur l'organisation cyclique du sommeil (Benoit, 1964). On sait également qu'il est possible de conditionner des éveils en P.M.O. chez des sujets en situation de privation expérimentale.

Cependant, cette méthode présente l'inconvénient d'être avant tout une auto-observation.

— *Les éveils provoqués :*

Cette méthode implique un enregistrement polygraphique continu du sommeil nocturne. Elle permet, grâce à un triple critère électroencéphalographique, musculaire et oculaire, d'individualiser une phase de sommeil rapide à mouvements oculaires (P.M.O.). Il devient dès lors possible de réveiller le sujet dans une phase où la probabilité d'obtenir un récit de rêve est la plus grande.

Certains auteurs (MEIER et Coll., 1968) éveillent le sujet en fin de P.M.O. ; d'autres, SWANSON et FOULKES (1967) proposent d'interrompre le sommeil 5 minutes après le début de la première P.M.O., 10 minutes après les deuxième et troisième P.M.O., 15 minutes après la quatrième.

La plupart éveillent le sujet en prononçant son nom. Le dormeur réagit ainsi beaucoup plus vite que lorsqu'on utilise un autre stimulus sonore.

Le temps écoulé entre la question posée — « Monsieur X... étiez-vous en train de rêver ? » et le début du récit s'appelle le « temps d'orientation ». FOULKES remarque que le récit est d'autant plus bref que le sujet s'éveille moins vite.

Les avantages de cette méthode sont certains :

— Peu de temps s'écoule entre l'expérience onirique et sa restitution. Le rêve rapporté, venant d'être vécu, ne fait appel qu'à la mémoire immédiate. Il existe, nous semble-t-il, de grandes différences entre le récit lors d'un éveil en P.M.O. et le souvenir du même rêve rapporté le matin au réveil.

— Pour DEMENT (1965), ce procédé est le meilleur et le plus sûr ; il permet en effet de recueillir une grande quantité de matériel onirique : la nuit d'un sujet normal com-

porte 3 à 6 P.M.O. Or le pourcentage des récits obtenus est voisin, nous l'avons dit, de 80 %. Il est donc logique, en réveillant un sujet en cours de P.M.O., d'attendre 2 à 5 restitutions oniriques par nuit.

En dehors de la situation expérimentale, un patient ne rapporte généralement qu'un rêve toutes les trois nuits.

Meier et Coll. (1968) ont essayé de préciser l'origine de cet oubli massif. Ils ont voulu faire la part de la mémorisation et de la censure Freudienne, afin d'expliquer notamment pourquoi sur 138 récits de rêves obtenus en 45 nuits d'enregistrement le sujet étudié en a oublié 50 le matin, n'en rapportant plus alors que 88.

Les auteurs ont montré que les règles classiques de mémorisation s'appliquent au rêve. Plus un rêve est court, plus il est vécu tôt dans la nuit, plus grandes sont ses chances d'être oublié. On se souvient davantage des rêves longs, affectivement intenses, réalisés dans le dernier quart de la nuit.

— Enfin, cette méthode permet de recueillir des récits oniriques chez les sujets « non-rapporteurs » de rêves. Lorsqu'ils sont éveillés en P.M.O. ils restituent des récits dans une proportion appréciable bien qu'inférieure à celle des rapporteurs de rêves.

Par contre, cette technique présente un certain nombre d'inconvénients.

La répétition des éveils au cours de la nuit risque de perturber le développement naturel d'un rêve et surtout de favoriser artificiellement une certaine unicité des thèmes oniriques (Benoit 1964). En effet, la prise de conscience réfléchie du rêve, puis l'effort de restitution se gravent dans la mémoire au même titre que les souvenirs de la journée (résidus diurnes).

La situation expérimentale elle-même risque d'influencer à la fois le délire, et le contenu onirique par la présence du casque, le sexe de l'expérimentateur, sa voix, etc...

— *Induction expérimentale de P.M.O. :*

Parmi les techniques de recueil du rêve basées sur la restitution immédiate de l'expérience onirique, il convient de citer les travaux de Rossini, Zanoco et coll. (1966). Ces auteurs affirment provoquer l'apparition de P.M.O. chez des schizophrènés en stade régressif. Comme Petre-Quadens chez les nourrissons, ils stimulent les lèvres des malades pendant la phase IV du sommeil et déclenchent ainsi une P.M.O. Après éveil, les malades restituent des rêves à contenu oral.

Parmi toutes ces méthodes, c'est surtout celle des éveils provoqués en P.M.O. qui a suscité de multiples directions de recherche.

3. — ETUDE EXPERIMENTALE DU CONTENU ONIRIQUE

De nombreuses publications se rapportent à l'étude expérimentale du contenu onirique ; elle concernent notamment :

— les relations entre les paramètres de la P.M.O. et le contenu du rêve. Ainsi certains auteurs ont avancé qu'il y aurait une correspondance entre l'activité oculaire et l'image onirique, mais cette opinion semble aujourd'hui l'objet de nombreuses restrictions.

— L'influence des facteurs externes et internes, en particulier le rôle de la suggestion.

— La mémorisation des rêves et leur influence réciproque au cours d'une même nuit.

Un nombre plus restreint de publications concerne le contenu du rêve chez le malade psychotique.

CHAPITRE II

DONNÉES SUR LE CONTENU MANIFESTE DU RÊVE CHEZ LES MALADES PSYCHOTIQUES

L'étude du contenu du rêve chez les malades psychotiques a rarement été conduite d'une manière systématique.

A. - La plupart des travaux font appel au souvenir onirique du matin.

1) Richardson (1961), cité par Hall, présente à 15 psychanalistes les récits de rêves de 50 malades mentaux dont la moitié sont schizophrènes. Le problème est de retrouver les rêves des psychotiques et il s'avère alors que les réponses ne sont justes que dans 56 % des cas.

Il semble, d'après cette expérience, impossible de différencier le rêve d'un schizophrène de celui d'un autre sujet puisqu'un calcul de probabilité donnerait à peu près le même résultat.

2) Beck et Ward (1961) étudient les souvenirs oniriques rapportés le matin par des patients déprimés dont 45 % sont psychotiques. Ils utilisent pour l'évaluation qualitative du contenu manifeste du rêve, une échelle de masochisme qui appréhende le récit onirique dans sa totalité et montrent que plus la dépression est intense, plus le pourcentage de rêves à tonalité existentielle péjorative est élevé.

3) Langs (1966) part des thèmes oniriques de trois groupes de patients : hystériques, dépressifs et schizophrènes paranoïdes. Il conclut que les hystériques semblent surtout préoccupés par leur entourage non familial qu'ils perçoivent comme inquiétant et nocif, et qu'ils rapportent davantage de rêves à contenu oral.

4) Hall (1966) reprend les rêves recueillis par Richardson et Moore. Il établit une échelle complexe reposant sur de nombreux critères : longueur du rêve, frustration dans les thèmes oniriques, agressivité, angoisse, désir de castration, désir de coït...

Il remarque que, comparés aux récits de rêves chez les autres patients, ceux des schizophrènes sont plus courts ; qu'en outre, ils contiennent peu de faits à « caractère amical » et ressemblent aux rêves enregistrés dans un groupe de témoins femmes (tonalité gynoïde).

5) Chang (1966) étudie le récit et le contenu onirique des schizophrènes hospitalisés. Il compare les rêves rapportés par 35 malades en phase aiguë à ceux de 35 en phase chronique. Pour tous, le diagnostic de schizophrénie est formel ; Chang écarte tous les sujets porteurs d'affections organiques ou présentant un alcoolisme chronique. Il ne retient aucun patient qui n'ait au moins deux semaines d'hospitalisation. Enfin, l'auteur n'entretient aucune relation psychothérapique avec les malades choisis.

Il observe, dans ces conditions précises, que le contenu du rêve chez les schizophrènes en phase aiguë est beaucoup plus riche, beaucoup plus long et beaucoup plus varié que celui des sujets en phase chronique.

6) Van de Castle (1968) compare les rêves les plus récents de 118 malades psychotiques hospitalisés, à 1 000 rêves d'étudiants témoins. Il utilise l'échelle MMPI pour classer les

patients en « normaux », hystériques, psychopathes, dépressifs et schizophrènes.

— les patients « normaux » présentent des rêves agréables sur les thèmes de la quiétude du foyer.

— les hystériques relatent des histoires brèves, avec allusions au milieu hospitalier et à des événements malheureux.

— les psychopathes reviennent le plus souvent sur des expériences de frustration affective.

— les dépressifs développent une agressivité considérable.

— les schizophrènes, enfin, rêvent d'événements bizarres accompagnés d'agressions fréquentes ; leurs thèmes oniriques, en outre, révèlent une ambiguïté sexuelle.

B. - Un nombre plus restreint de travaux porte sur le récit onirique obtenu directement lors de la P.M.O., par la technique de l'éveil provoqué.

1) La première étude, publiée par DEMENT, en 1955, porte sur 17 schizophrènes. Pour habituer les malades à être interrogés sur leurs expériences oniriques, on leur demande, chaque jour de la semaine précédent l'enregistrement, leurs rêves de la nuit. L'auteur obtient, en éveillant les sujets pendant leurs P.M.O., 60 % de récits chez les malades contre 88 % dans un groupe témoin.

Il est frappé par la pauvreté du contenu onirique des schizophrènes où l'on ne trouve qu'objets inanimés, isolés, suspendus en l'air. Personne, dans le groupe témoin, ne rapporte des rêves de cette nature.

— « Réviez-vous ?

— Oui.

— De quoi ?

— D'un chapeau.

— Est-ce tout ?

— Oui.

— D'un chapeau seulement ?

— Oui.

— Le portiez-vous ?

— Non. »

Cette pauvreté, d'après DEMENT, ne provient pas d'un trouble dans la communication avec autrui : les mêmes malades, pendant la journée, racontent d'autres rêves beaucoup plus complexes.

2) FREEDMAN (1966) remarque que les malades mentaux hospitalisés rapportent des rêves sensiblement plus riches au cours des périodes aiguës qu'en périodes de rémission. Cependant, dès qu'on les interroge, ils s'interrompent brutalement, se troublent, certains présentant même brusquement une aggravation de leurs symptômes avec crise d'angoisse.

Cet auteur conçoit alors deux parties, dans le récit des rêves :

— la première concerne l'expérience onirique elle-même.

— la seconde ne regarde que l'effort de communication accompli par le sujet dans la restitution de son rêve :

Comment il organise son récit (répétitions, hésitations, substitutions).

Comment il le corrige (hypothèses, comparaisons).

Quels commentaires il y apporte (le rêveur n'entre plus dans son expérience onirique et il en parle, au contraire, comme d'un objet extérieur....) il s'agit déjà d'une interprétation.

Il note enfin les contacts directs avec l'interlocuteur (lorsque le patient demande : « voyez-vous ? », « comprenez-vous ? »...). FREEDMAN analyse les récits de rêve d'une schizophrène pendant douze nuits à raison d'une nuit par semaine. D'après son observation, les éléments qui rendent compte de l'effort de communication diminuent considérablement en période aiguë. Il pense que la patiente, trop absorbée alors par son expérience onirique, est incapable d'affronter l'enquête.

De nombreuses recherches restent encore à faire dans le domaine du rêve.

« Mais pour que de tels travaux soient fructueux, ils doivent s'éloigner des voies cliniques traditionnelles pour aborder celle de DEMENT et de WOLPERT : l'étude du contenu successif des rêves au cours de la nuit. Dans cette direction seule, une partie du matériel onirique deviendra utilisable, mais ce sera dans des proportions beaucoup plus significatives que dans le passé » (OSWALD (I.), 1966).

CHAPITRE III

MÉTHODES ET TECHNIQUES

Pour le recueil du rêve, nous nous adressons à la méthode des éveils provoqués pendant une phase de P.M.O. Nous nous sommes largement étendus dans le chapitre premier, sur les raisons de ce choix.

Nous avons retenu 17 nuits d'enregistrement, se répartissant de la manière suivante :

— 12 nuits pour les psychotiques.

— 5 nuits pour le groupe de sujets sains.

1. - Sujets étudiés.

Comme il s'agit d'un travail de sondage, nous avons pris un échantillonnage varié de malades psychotiques hospitalisés :

— 1 psychose hallucinatoire chronique,

— 1 paraphrénie confabulante,

— 1 schizophrénie simple,

— 4 schizophrénies paranoïdes.

A titre de comparaison, nous avons utilisé de la même façon les membres de notre équipe de travail. Ces « sujets sains » ne constituent pas un groupe témoin, en vue de résultats statistiques, mais une simple référence, permettant d'étalonner nos techniques d'expérimentation.

2. - Matériel utilisé.

Un appareil d'enregistrement du type REEGA 8 portable, Alvar électronic.

3. - Technique.

Le sujet, éventuellement privé de drogue pendant au moins trois jours, est amené vers 21 heures dans le local où il dormira pendant deux nuits consécutives.

L'appareil d'enregistrement et l'expérimentateur se trouvent dans la pièce contiguë.

Les électrodes de contact, en argent, de 5 mm de diamètre environ, ont été imprégnées de pâte conductrice Alvar Reegarpha, fixées à l'aide de petits carrés de gaze imbibés de colodion.

Les dérivations internationales utilisées sont celles que préconisent RECHSTSCHAFFEN et KALES ; elles permettent d'individualiser la P.M.O. grâce aux trois paramètres, musculaire, électroencéphalographique et oculaire.

L'activité musculaire est recueillie par trois électrodes : une mentonnière, et deux sous-mentonnières. L'électroencéphalogramme est enregistré par une électrode pariéto-rolandique située à 3 cm à droite de la ligne médiane et une électrode occipitale placée dans un même plan parasagittal que la précédente ; l'électrode de référence est fixée sur la mastoïde gauche.

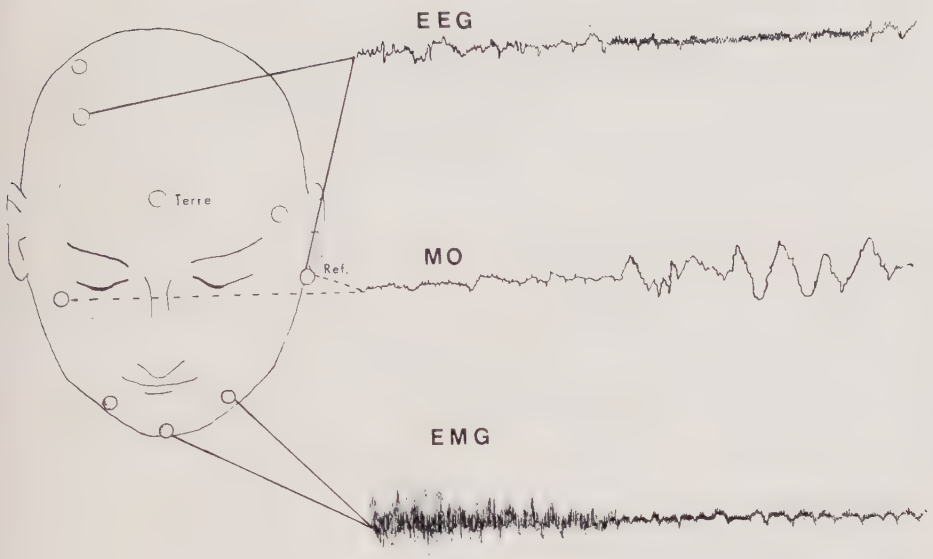

Figure n° 1. — Schéma des montages.

Deux électrodes, placées respectivement à 0,5 cm sous l'angle externe de l'œil droit et à une même distance au-dessus de l'angle externe de l'œil gauche, recueillent les mouvements oculaires.

Au total, ces huit électrodes forment un ensemble peu encombrant qui est maintenu par un bonnet de jersey tel qu'en utilisent les services de neuro-chirurgie.

L'enregistrement commence dès que le patient se met au lit et il est continu de 22 heures à 6 heures.

Nous réveillons le sujet respectivement 5 mn, 10 mn et 15 mn après les débuts des première, deuxième et troisième P.M.O.

Nous avons convenu de réveiller le patient en lui mettant la main sur l'épaule, l'appelant par son nom : « Monsieur X, étiez-vous en train de rêver ?».

Le récit est entièrement recueilli sur bande magnétique.

A l'issue de l'enregistrement des deux nuits consécutives, on construit un diagramme de sommeil selon la classification de W.C. DEMENT.

N.B. — Nous remercions les docteurs VINCENT, BOURGEOIS, FAVAREL-GARRIGUES (B.), de nous avoir aidé dans la réalisation de ce travail.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

I. — LES DIAGRAMMES DE SOMMEIL

A. - Durées totales de sommeil et d'endormissement.

1) Sur nos 7 malades, 3 sont insomniques. *

Gu... a présenté un seul cycle de sommeil sans P.M.O. au début de sa première nuit ; la nuit suivante, après une insomnie de trois heures, le malade a présenté un cycle de sommeil complet.

Mais alors qu'il amorçait sa première P.M.O. il s'est dressé sur le lit en arrachant ses électrodes.

---

* Le terme insomniaque qualifie un sujet qui se plaint de ne pas dormir. L'insomnique présente sur son diagramme de nuit des troubles quantitatifs du sommeil.

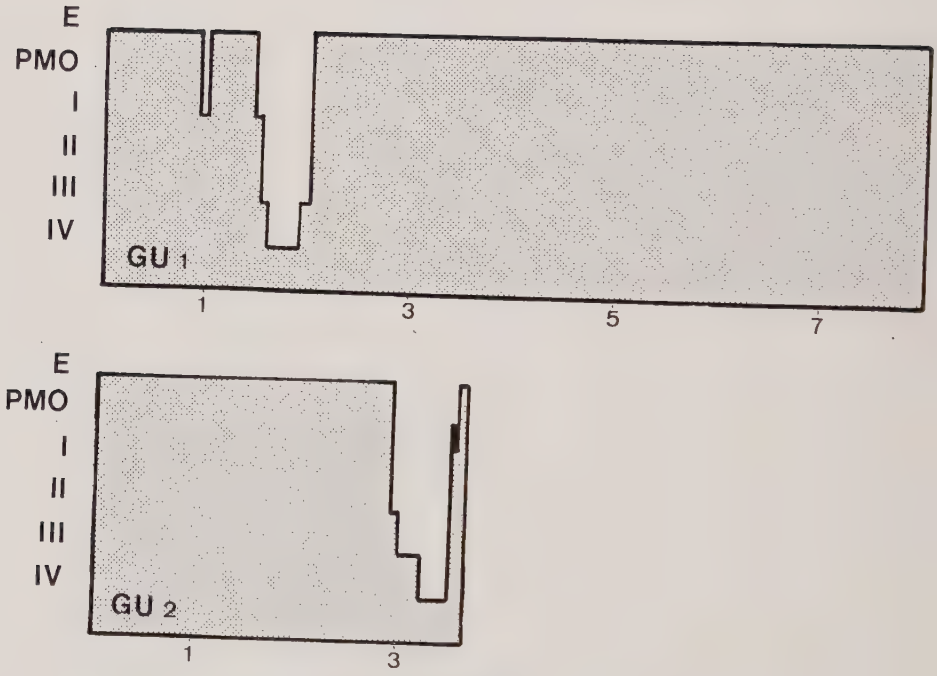

Fig. 2 : DIAGRAMMES DU SOMMEIL DE NUIT DE GU...

Be... n'a presque pas dormi la première nuit. On remarque en fin de nuit un cycle de sommeil complet. La deuxième nuit est assez régulière.

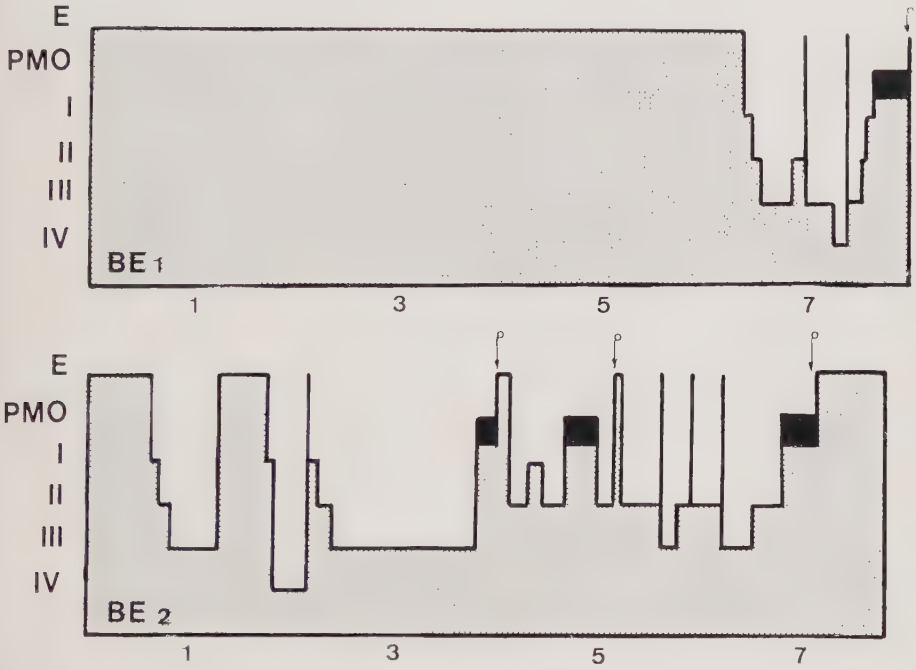

Fig. 3 : Diagramme de sommeil de nuit de Be...

Les flèches désignent les éveils provoqués.

Ma... n'a dormi qu'une heure au milieu de la première nuit. Il existe deux cycles complets en fin de deuxième nuit.

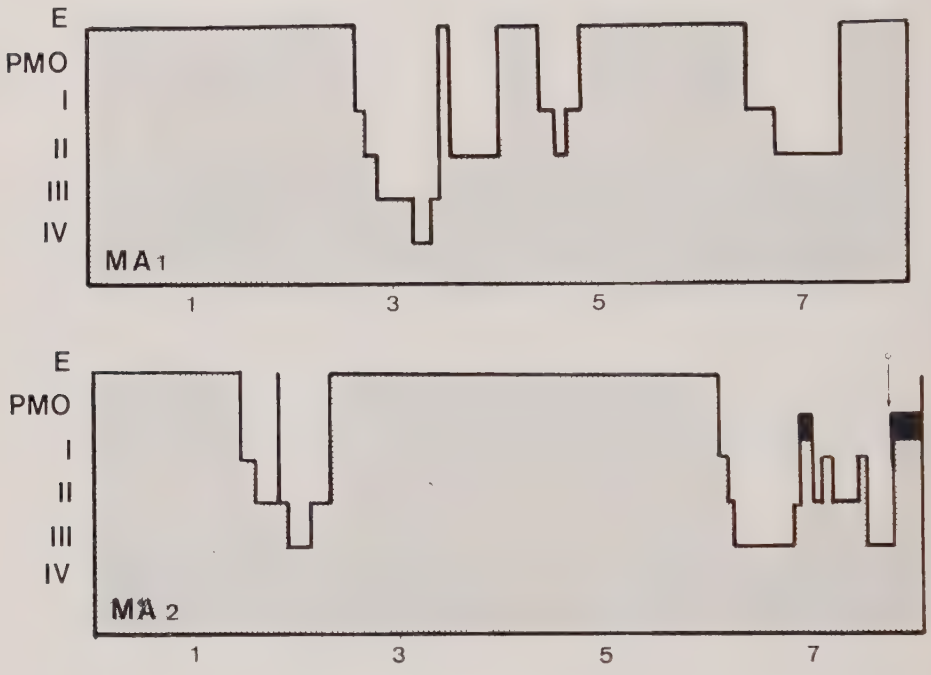

Fig. 4 : Diagrammes de sommeil de nuit de Ma...

2) Les autres sujets (*malades non insomniques et sujets « sains »*).

Nous nous limiterons aux constatations suivantes :

— *chez les sujets « sains » :* on observe l'effet de la première nuit ;

— *chez les sujets psychotiques* (non insomniques) :

Il n'y a pas de différences quantitatives notables dans la durée des différents stades. Les patients s'endorment

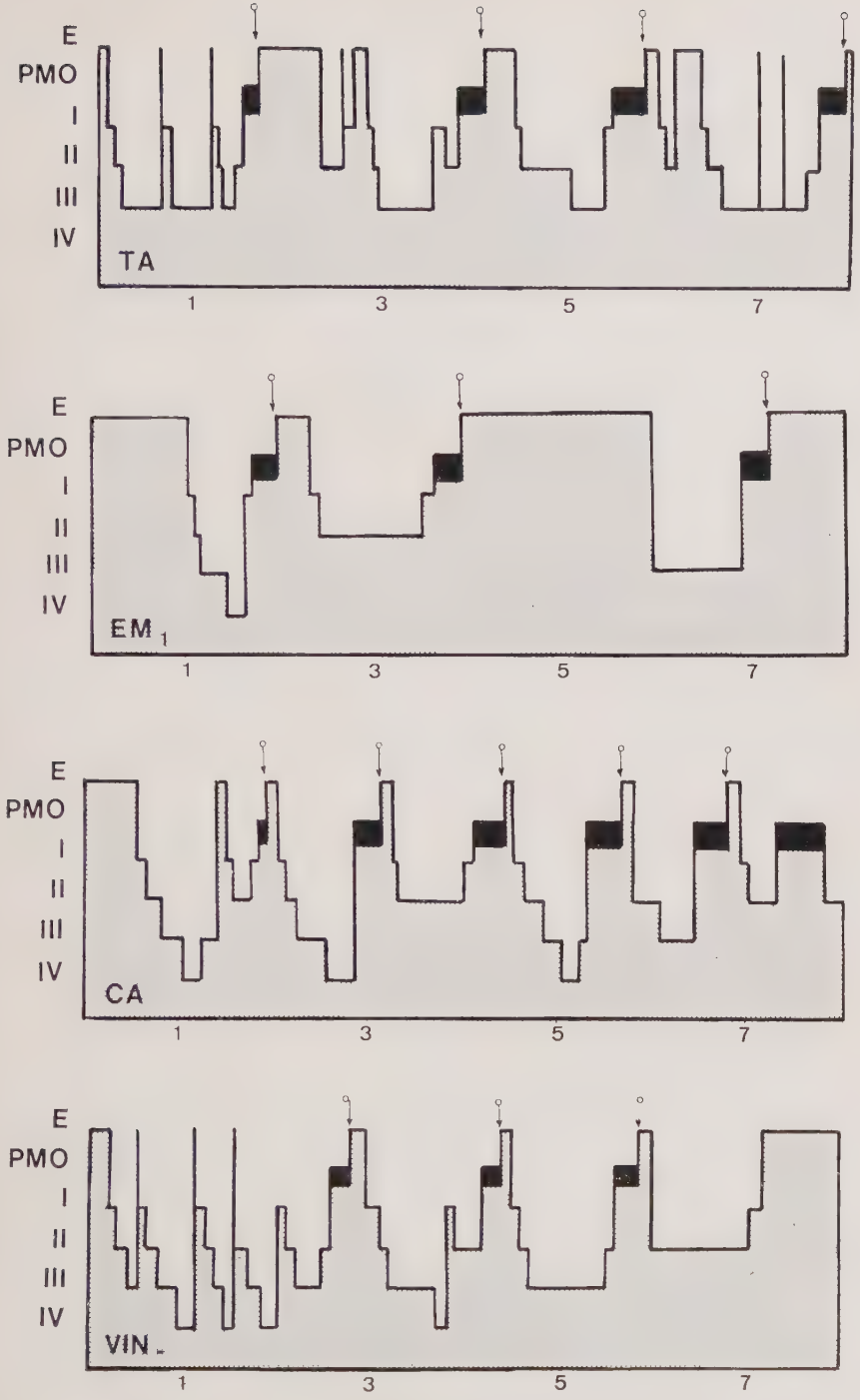

Figure 5 : Noter l'absence d'effet de la première nuit chez 3 sujets psychotiques comparés à l'endormissement d'un sujet sain (VI...).

plus lentement en moyenne que les sujets « sains » (46 minutes contre 12 minutes).

Par contre, nous remarquons chez nos malades psychotiques l'absence de « l'effet de la première nuit », sur la durée d'apparition de la première P.M.O. : ce temps moyen (calculé à partir de l'endormissement initial) est de 93 minutes. Cette absence était déjà observée par FAVAREL-GARRIGUES (B.) - 1968 - dans un groupe de schizophrènes en début d'évolution.

B. - L'organisation cyclique du sommeil nocturne et les éveils provoqués.

L'introduction de plusieurs éveils provoqués au cours de la nuit pouvait retentir sur la quantité totale du sommeil et bouleverser éventuellement la répartition des différentes P.M.O. C'est pourquoi nous avons entrepris dans cette étude d'apprécier ce retentissement sur plusieurs données.

— *Pourcentage moyen des P.M.O.* (calculé à partir des nuits où ont été pratiqués des éveils expérimentaux) :

ce chiffre calculé chez les malades sur 11 nuits de sommeil est de 13 % ; il est donc nettement inférieur au pourcentage habituellement rencontré chez les sujets normaux ou les malades mentaux non réveillés.

— *Nombre de cycles :* le nombre est égal à 2,6 lors de la première nuit d'enregistrement ; il passe, la deuxième nuit, à 3,7. La seconde nuit d'enregistrement comporte donc en moyenne une P.M.O. (un cycle) de plus.

— *Temps de « rendormissement »* (ou d'endormissement après les éveils provoqués) : il varie chez les malades *d'une à quarante minutes* (moyenne 18 minutes établie sur 32 interruptions de sommeil). Il peut être plus faible chez les sujets sains de notre groupe (12 minutes en moyenne).

— *Périodicité des P.M.O. :* les P.M.O. se reproduisent toutes les 90 minutes en moyenne chez nos malades (chiffres extrêmes : 45-185 minutes). Ce chiffre est le même chez les sujets « sains » (95 minutes, chiffres extrêmes : 60-145 minutes).

II. — RECITS OBTENUS A PARTIR DES EVEILS PROVOQUES

Nous avons classé le matériel obtenu en :

1. - Récit de rêve.

Quand le sujet nous a restitué un expérience onirique.

ex. : Gu... Paul (2e nuit).

— « Je rêvais au château de Blanquefort... au Prince Noir... à Eléonore d'Aquitaine... enfin à tout... ce.. cela... puis je suis sorti... comme si je sortais... d'un écusson, enfin, d'un blason... »

2. - Sentiment d'avoir rêvé.

Lorsque le dormeur reconnaît avoir eu une expérience onirique, sans pouvoir en rapporter le contenu.

ex. : Ta... Abdeltif (1er éveil).

— « Monsieur Ta... étiez-vous en train de rêver ? »

— « ... attendez... Non... Ah... si !... mais je ne sais plus. »

3. - Activité mentale de type "penser".

Le sujet affirme n'être pas complètement endormi au moment de l'éveil provoqué, et réfléchir.

ex. : Ba... (première nuit, deuxième éveil).

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je suis en train de m'en... enfin je pense (soupir)... je pense à mes histoires, à la cause de ma venue ici... enfin je pense, sans penser vraiment. »

4. - Réponse négative.

Si le sujet déclare n'avoir ni rêvé, ni pensé.

(Voir figure n° 6).

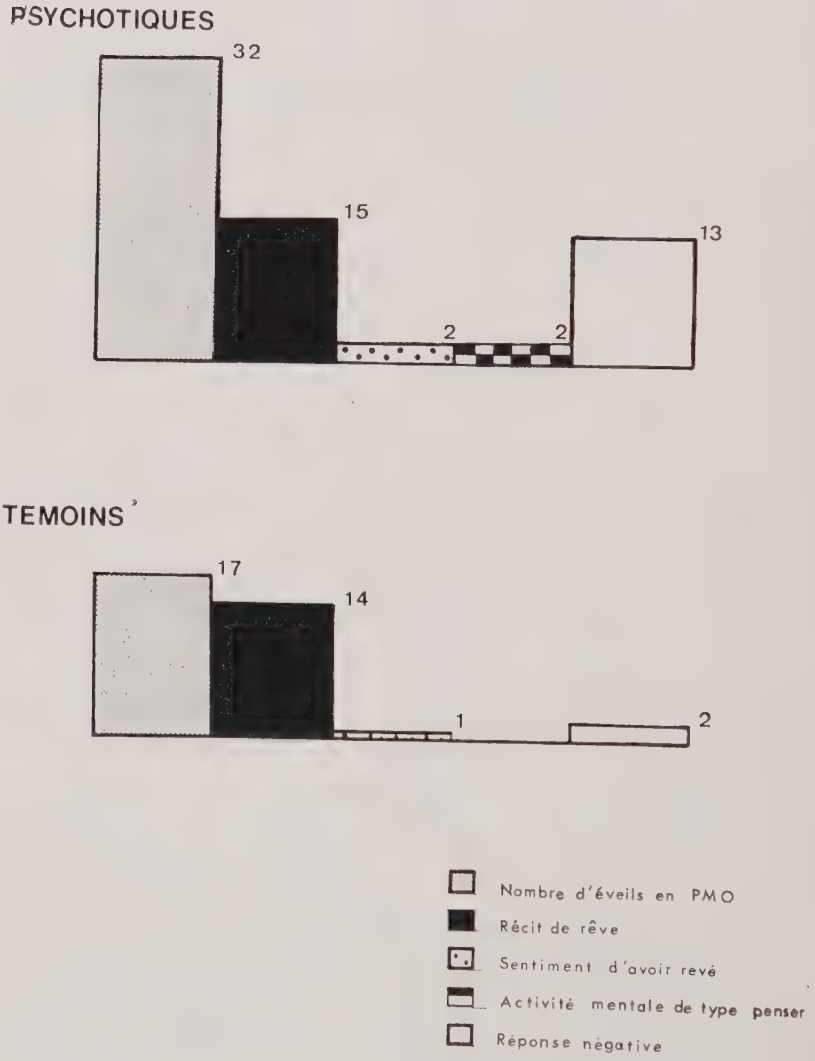

Figure 6 : RÉSULTATS DES ÉVEILS PROVOQUÉS.

Nous avons trouvé (fig. 6)

— **chez les malades mentaux.**

Pour 32 éveils en P.M.O. : 15 récits oniriques .. 46,9 %
2 fois le sentiment d'avoir rêvé ..... 6,3 %
2 fois une activité mentale de type penser .... 6,3 %
13 réponses négatives ..... 41,5 %

— **chez les membres de notre groupe.**

Pour 17 éveils en P.M.O. : 14 récits oniriques .. 82 %
1 fois le sentiment d'avoir rêvé ..... 5,9 %
2 réponses négatives ..... 11,8 %

III. — OBSERVATIONS CLINIQUES ET ONIRIQUES

1re Observation : *EM... Eva, 52 ans.*

Paraphrène confabulante.

Exprime, dans le service où elle est entrée pour une tentative de suicide, un délire à base imaginative et interprétative, à thème érotomaniaque, extrêmement riche, centré sur les personnages en vue à la télévision. Le délire éclot dans un climat de privation affective familiale, exprimé sans réticence et de manière souriante ; rentre dans l'ordre peu après la normalisation du climat familial.

Peu ou pas d'hallucinations.

La personnalité sous-jacente, fruste et peut-être oligophrène semble avoir été marquée par d'importantes frustrations affectives dans l'enfance.

Premiere nuit d'enregistrement :

1° *Eveil 5 minutes après le début de la première P.M.O. (phase de mouvements oculaires).*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Oui, juste... je commençais... je ne me rappelle plus trop... Ah ! voilà, je vois quelqu'un prenant l'avion, je le suivais, je crois que c'était le Général de Gaulle... J'avais

un pied sur l'escabeau et l'autre dans l'avion... Il y avait quelque chose avant... c'est dommage, ça ne vient pas... »

II° *Eveil 10 minutes après le début de la deuxième P.M.O.*

— « Etiez-vous en train de rêver ? »

— « Oui, il était en train de se défendre, de se débattre avec quelqu'un... Le prisonnier allait être attaché par les poignets... que les hommes sont bêtes de se battre à coups de ciseaux et de pierres... Il voulait l'empêcher de se retourner. Je les regardais, le balai à la main... C'étaient deux personnes âgées... et qui se battaient avec des ciseaux défaits. Je les regardais faire dans la rue, lorsque vous êtes entré. Non, ce n'était pas dans la rue, mais entre la rue et une autre maison... »

III° *Eveil 15 minutes après le début de la troisième P.M.O.*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non.. Oui, peut-être, mais je ne m'en souviens plus. Si... attendez, je dormais par terre. Des petites filles autour de moi me faisaient marcher. Elles se moquaient de moi. Elles m'ont dit : « Quand on est militaire, il faut savoir danser. »

Deuxieme nuit d'enregistrement :

I° *Eveil 5 minutes après le début de la première P.M.O.*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « J'ai rêvé ? Vous croyez ?... Je ne sais pas... Ah oui, c'est vrai, j'allais me laver les pieds à la cuisine avec une cuvette et de l'eau... »

II° *Eveil 10 minutes après le début de la deuxième P.M.O.*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « J'ai rêvé... oui c'est vrai, je plantais des fleurs dans une lessiveuse. Je ne sais plus où j'en suis avec toutes ces plantations... »

III° *Eveil 15 minutes après le début de la troisième P.M.O.*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Ah, oui, mon mari attrapait des papillons... Il avait attrapé des papillons. Il ne voulait pas leur faire de mal. Il s'est fichu par terre... et il a mis deux papillons dans mon verre. Soi disant que c'était de ma faute. C'en était là... »

IV° *Eveil 15 minutes après le début de la quatrième P.M.O.*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je crois que je rêvais... Ah oui, j'avais fait entrer les poules. Je ne me souviens pas trop... Le maïs de Cayenne... Qu'est-ce que c'est que ça, le maïs de Cayenne ?... C'était pour repriser les chaussettes... J'allais ramasser les pigeons et les poules, car ils avaient annoncé trois mètres d'eau... J'allais ramasser les lapins... Le maïs de Cayenne pour repriser les chaussettes... Et ces femmes qui se moquaient toujours... »

V° *Eveil 15 minutes après le début de la cinquième P.M.O.*

— « Madame Em..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Là, je ne m'en rappelle plus... Je ramassais tout car tout allait être inondé. Il y avait des enfants qui tenaient un parapluie. Il était noir, à moitié ouvert. On discutait, mais je ne sais plus ce qu'on disait. Oui, il y avait un parapluie ouvert. »

2e Observation : *GU... Paul, 28 ans.*

Schizophrénie chronique évoluant par bouffées paranoïdes.

Début apparent 5 ans plus tôt par un délire d'interprétation avec hallucinations moqueuses, sentiments dépressifs d'infériorité et de

rejet. En fait les troubles paraissent avoir débuté dès l'enfance par une dysharmonie d'évolution. Nombreuses et vaines tentatives de réinsertion sociale et familiale. Clochardisation. 5 hospitalisations de 1965 à 1969 avec, au cours des derniers séjours, angoisse et perplexité, ruminations rationalisatrices, hallucinations.

Enregistré à l'occasion de la dernière hospitalisation en février 1969 :

Q.I. : échelle verbale, 88.
performance, 89.
complète, 88.

Premiere nuit d'enregistrement :

Aucune P.M.O.

Deuxieme nuit d'enregistrement :

Alors que le malade amorçait sa première P.M.O., il s'est brutalement dressé sur le lit, arrachant ses électrodes. Il nous a fait le récit suivant :

— « Je rêvais au château de Blanquefort... au Prince Noir... euh... à Eléonore d'Aquitaine... enfin à tout... ce... cela... puis je suis sorti... comme si je sortais... d'un écusson, enfin, d'un blason...

» ... C'est un rêve qui m'est arrivé brutalement. »

3e Observation : *BE... Jeanne, 59 ans.*

Atteinte de *psychose hallucinatoire chronique.*

La maladie a débuté 7 à 8 ans auparavant par des hallucinations cénestopathiques vaginales à type de décharges électriques, avec sentiment délirant de possession répétée par son propriétaire. Il existe probablement des hallucinations auditives car les cloches agitées par le curé de la paroisse accompagnent chaque coït.

En janvier 69 demande elle-même à être hospitalisée pour tenter d'échapper à son voisin trop entreprenant.

Personnalité marquée par un conflit familial ancien. Les troubles ont débuté avec la ménopause.

Premiere nuit d'enregistrement :

Réveil 15 minutes après l'unique P.M.O.

La malade ne donne aucun récit.

Deuxieme nuit d'enregistrement :

1° *Eveil accidentel en phase IV de sommeil.*

La patiente ne donne aucun récit.

II° *Eveil 10 minutes après le début de la première P.M.O.*

— « Madame Be..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je ne sais pas, je dormais profondément, je ne vois aucune image dans le cerveau qui puisse... »

III° *Eveil 25 minutes après le début de la deuxième P.M.O.*

— Aucun récit.

IV° *Eveil 15 minutes après le début de la troisième P.M.O.*

La malade précise qu'elle n'a pas rêvé de toute la nuit.

4e Observation : *MA... J.-Pierre, 21 ans.*

Schizophrénie simple. Début apparent des troubles à 19 ans par une tentative de suicide. Après un engagement dans l'armée, est réformé avec le diagnostic de : « personnalité schizoïde ».

Pendant les événements de mai 1968 reçoit un coup de matraque et reste prostré chez lui. Repli autistique avec quelques troubles caractériels et préoccupations somatiques.

Tableau d'entrée en février 1965 : anxieux, figé, avec mutisme difficile à rompre.

Q.I. : Weschler-Bellevue : 104.
— Performance : 102.
— Verbal : 109.

Première nuit d'enregistrement :

Reste 2 H 1/2 sans dormir. Le tracé ne rend compte d'aucune P.M.O.

Deuxième nuit d'enregistrement :

Réveil en fin de nuit, 10 minutes après le début de la deuxième P.M.O.

Le malade ne se souvient d'aucun rêve.

5e Observation : *TA... Abdeltif, 26 ans.*

Etudiant marocain en France depuis 4 ans.

Début en 1968 : repli autistique, signe du miroir, interprétation délirante avec syndrôme de persécution. (On se moque, on rit de lui, on l'insulte et le traite de tapette, de squelette). Nombreux cauchemars macabres et insomnies. Première hospitalisation en mai-juin 1968 pour bouffée délirante. Amélioration relative sous neuroleptiques. Refuse les consultations. Reste dépressif et solitaire. En janvier 1969, nouvelle hospitalisation. Tentative de suicide gravissime : se tranche la gorge avec un rasoir. Hémorragie considérable. Réticence souriante et affable dissimulant vraisemblablement un délire mystique avec colloque divin. Hérédité psychotique chez un oncle et une tante. Rorschach de psychose.

E.E.G. normal (activité irritative rapide).

Psychose schizophrénique probable.

Nuit unique d'enregistrement :

I° *Eveil 5 minutes après le début de la première P.M.O.*

— « Monsieur Ta..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non, je n'ai pas rêvé. »

II° *Eveil 10 minutes après le début de la deuxième P.M.O.*

— « Monsieur Ta..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non, je n'ai pas rêvé. »

— « Vraiment ? »

— « Non, non, non (mauvaise humeur). Ah si ! J'étais à table... ici... je mangeais des escargots et peut-être du poisson. J'étais avec mon frère... »

III° *Eveil 15 minutes après le début de la troisième P.M.O.*

— « Monsieur Ta..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non... Attendez ! Ah si, mais je ne sais plus quoi. »

IV° *Eveil 15 minutes après le début de la quatrième P.M.O.*

— « Monsieur Ta..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non, je ne rêvais pas. Non, non...

» Ah si ! Mais j'ai oublié... »

6° Observation : *CA... Francis, 31 ans, employé à la S.N.C.F.*

Les troubles ont débuté en 1965 sous forme d'accusations formulées par la population : « Tu n'es rien du tout, tu es un assassin, on va te mettre chez les fous. »

Malgré deux hospitalisations en clinique privée motivées par des épisodes dépressifs, l'activité hallucinatoire auditive ne s'est pas ralentie. L'aggravation des symptômes conduit à une nouvelle hospitalisation en novembre 1968 ; à son entrée, le malade est anxieux, dépressif, culpabilisé par un avortement ancien pratiqué sur sa femme, en proie à une activité hallucinatoire continue : « On veut le tuer, l'étriper, le cagouler. »

Aucune amélioration ne se dessine sous neuroleptiques et après 13 séances d'électrochocs subies il y a trois mois.

C'est dans ces circonstances que l'on pratique l'enregistrement de M. Ca.... après interruption thérapeutique de 48 heures, alors que le malade hallucine toujours.

Schizophrénie paranoïde.

Nuit unique d'enregistrement :

Réveil 5 minutes après la première P.M.O., puis 10 minutes après la seconde, 15 minutes après la quatrième et 15 minutes après la cinquième P.M.O.

Le malade, chaque fois, a dit n'avoir pas rêvé.

Le lendemain matin, M. Ca... a raconté avoir participé, en rêve, à une partie de football.

7° Observation : *BA... Françoise, 26 ans :*

Licenciée en droit, préparant le doctorat.

Personnalité antérieure secrète et renfermée.

Mariage, divorce et tentative de suicide mal motivée 3 ans auparavant. Depuis 6 mois développe un délire d'interprétation et de persécution. Se sent poursuivie par un collègue dont elle fut autrefois amoureuse. Est impliquée dans un vaste complot politique : filature, micros, on utilise ses affaires, etc. Aucune critique.

Rorschach de dissociation de la personnalité.

Suspicion de *psychose chronique* progressivement évolutive.

Premiere nuit d'enregistrement :

I° *Eveil spontané 15 minutes après le début de la première P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je ne sais pas, je suis dans une période, moitié... euh... je sens que je vais m'endormir... Non, non, je n'ai aucun souvenir. »

II° *Eveil 10 minutes après le début de la deuxième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non, non... je suis dans un période comme tout à l'heure. »

— « Pouvez-vous la décrire ? »

— « ... Je suis en train de m'en... enfin, je pense... (soupir)... je pense à mes histoires, à la cause de ma venue ici... enfin, je pense sans penser vraiment. »

III° *Eveil 15 minutes après le début de la troisième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je pense à des choses et d'autres. Je suis en train de sombrer dans le sommeil. »

IV° *Eveil 15 minutes après le début de la quatrième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Oui, je mangeais des oursins... enfin des fruits de mer... nous étions au restaurant... et puis j'avais envie de manger des oursins, des choses comme ça... j'en ai jamais mangé d'ailleurs. »

V° *Eveil 15 minutes après le début de la cinquième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je ne sais pas... j'étais en train de me promener dans une forêt... avec un chien... enfin, mon chien, et ma sœur... on se promenait. »

Deuxieme nuit d'enregistrement :

I° *Eveil 5 minutes après le début de la première P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non, je ne crois pas... je n'en ai aucun souvenir. »

II° *Eveil 10 minutes après le début de la deuxième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Non, je ne crois pas... il est possible que je rêve. »

III° *Eveil 15 minutes après le début de la troisième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je ne pense pas. Si peut-être... je me souviens... il y avait des voitures... elles tournaient autour d'une pelouse. »

IV° *Eveil 15 minutes après le début de la quatrième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Oui, j'étais en train de rêver... qu'on me piquait la main... et que je cherchais une paire de ciseaux... je ne sais pas exactement. »

V° *Eveil 15 minutes après le début de la cinquième P.M.O.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Oui, j'étais à Périgueux... au lycée... je revoyais des amis... je ne sais pas... j'allais au café... je me promenais dans la ville... je ne faisais rien de très particulier... »

VI° *Eveil accidentel en stade III de sommeil.*

— « Madame Ba..., étiez-vous en train de rêver ? »

— « Je ne rêvais pas... je pensais au test que j'ai subi cet après-midi. »

CHAPITRE V

DISCUSSION

Etant donné le caractère préliminaire de ce travail, la discussion se limitera à quelques remarques provisoires.

I. — LES DIAGRAMMES DE SOMMEIL

Nous ne reprendrons pas les résultats quantitatifs acquis par d'autres auteurs, concernant l'organisation cyclique du sommeil des malades mentaux, nous nous intéresserons simplement à deux points liés à la situation expérimentale.

A. - « L'effet de la première nuit ».

Favarel-Garrigues signale l'absence, caractéristique, chez les schizophrènes en début d'évolution, de l'effet de la première nuit (« First night effect » des auteurs anglo-saxons, Agnews 1966, Mendels 1967).

Lors de la première nuit d'enregistrement certains sujets se réveillent à la fin de leur premier cycle de sommeil, au lieu de présenter une P.M.O.

« Alors que cet effet se prolonge chez le déprimé et le névrotique, il est aboli chez le schizophrène. Il témoigne de la différence des deux types d'anxiété, chez ces deux groupes de malades. »

Nous faisons des constatations similaires sur nos patients, trois sur quatre ne présentant pas d'effets de la première nuit.

B. - L'influence des interruptions de P.M.O.

L'interruption des P.M.O. a pu retentir sur l'organisation du sommeil de plusieurs manières :

1) *Augmentation du nombre des cycles de sommeil :*

En réveillant nos patients nous avons provoqué en effet une privation partielle de sommeil rapide ; leur diagramme ne comporte plus que 13 % de P.M.O.

Cette « dette » a pu se combler au cours de la deuxième nuit par une augmentation des cycles de sommeil.

Nous trouvons, en moyenne, une phase de mouvements oculaires de plus, au cours du deuxième enregistrement.

2) *Le rendormissement :*

Ce réveil brusque, répété au cours de la nuit pouvait reculer le moment du prochain assoupissement.

Elle aurait provoqué ainsi un retard dans l'apparition de la P.M.O. suivante.

Or les durées de rendormissement sont en moyenne sensiblement égales, chez les malades mentaux et parmi les membres de notre groupe.

Il en est de même du temps qui sépare deux P.M.O. consécutives.

Dement (1955) souligne que le quart de ses patients se rendort dès la fin de leur récit. Il estime que ceux qui ne retrouvent pas le sommeil se seraient éveillés de toutes façons après la P.M.O.

Ainsi la répétition des éveils provoqués n'a pas eu d'incidence sur l'organisation cyclique du sommeil.

3) *L'humeur du sujet :*

De même, nous aurions pu attendre de cette incursion répétée dans le sommeil, un retentissement sur l'humeur du sujet.

Or un seul de nos malades (Ca...) exprima son mécontentement par une agitation bougonne à l'endroit de l'expérimentateur. Il n'en retrouva pas moins le sommeil instantanément.

Les membres de notre groupe et nous-mêmes qui nous sommes prêtés à cette expérience, avons vécu ces interruptions de sommeil sur un mode assez désagréable.

II. — LES RECITS

Dans plus de la moitié des éveils en P.M.O., nos malades ont été incapables de restituer un récit de rêve (54 %). Ce rapport est de 18 % chez les « sujets sains ». Dement (1955) étudiant des schizophrènes obtient 40 % d'éveils sans récit, contre 12 % dans un groupe témoin. La plupart des auteurs soulignent, ainsi, la rareté du récit onirique et sa pauvreté chez les psychotiques. Beaucoup de malades, pourtant, affirment avoir vu « quelque chose », mais sont incapables d'aller plus loin dans leur description. L'interrogation provoque même chez certains une véritable crise d'angoisse.

Chang (1966) s'est demandé si l'expérience onirique était vraiment de faible intensité dans la schizophrénie ou si cet état ne perturbait pas simplement la relation avec l'autre. On conçoit, en effet, la complexité du processus psychique chez un homme sain pour passer de l'état de rêve, à la possibilité de l'exprimer : comme le dit Henri Ey, la difficulté est « d'évoluer de la fonction primaire du cerveau qui rêve, plongé dans ses fantasmes archaïques, replié dans l'animalité des instincts et dans le monde de ses indicibles

pulsions » à la fonction supérieure de relation et de communication à un autre cerveau.

Ce passage pourrait très schématiquement s'effectuer en trois étapes : « l'expérience onirique », « la conceptualisation » et enfin, le récit.

Pour quelques auteurs, le schizophrène ne vivrait que très peu d'expériences oniriques. Or, l'analyse quantitative du sommeil du psychotique ne montre aucune perturbation importante dans la répartition et la durée des P.M.O., considérées comme le support objectif du rêve ; il faudrait donc admettre, dans cette théorie, que la plus grande majorité des tentatives de rêves ne parviendrait pas jusqu'à la conscience du malade.

Cette théorie expliquerait la pauvreté du contenu onirique du schizophrène et le désarroi du malade qui ne peut raconter son rêve. Elle montrerait aussi pourquoi la privation en P.M.O. n'entraîne pas d'aggravation de la schizophrénie, puisque le malade refuse déjà son rêve (travaux contreversés de Vogel et Traub).

On pourrait plus facilement admettre que le schizophrène vit d'aussi nombreuses expériences oniriques que le sujet normal ; mais il est incapable de les restituer par une défaillance de ses mécanismes de conceptualisation ; Oswald souligne en effet que le souvenir onirique n'est ni réellement un souvenir, ni une reconstitution, mais bien une construction, au moment de l'essai de mémorisation.

— Enfin, le rêve doit franchir la barrière des mots avant d'être restitué ; le récit trahit l'expérience onirique et il n'est le plus souvent qu'une pâle traduction de ce qui a été vécu.

Et pourtant, actuellement nous ne pouvons approcher le contenu onirique de l'autre que par l'intermédiaire des mots...

III. — LE CONTENU

Pour analyser le contenu manifeste du rêve il est nécessaire d'utiliser des « échelles de dépouillement ».

Les unes nous paraissent trop globales, elles appréhendent le contenu du rêve dans sa totalité : échelle masochiste utilisée par Beck et Ward.

Les autres à l'inverse sont trop parcellaires : elles ne retiennent par exemple que les noms d'animaux ou les allusions vestimentaires.

De plus, notre matériel onirique est trop peu abondant pour que nous nous livrions à son analyse complète (54 % de réveils sans rêves).

Ainsi nous bornerons-nous à apprécier l'influence de la situation expérimentale dans le contenu manifeste des rêves.

Parmi les membres de notre groupe trois récits oniriques ont trait à cette situation : ils évoquent l'appareillage, la pose du casque, ou même les expérimentateurs... Il est certain que nous nous intéressions tous à ce travail. Par contre, aucun récit de rêve chez nos malades n'a de rapport avec la situation expérimentale.

Le monde onirique du schizophrène reste pratiquement inviolé. De nombreux mystères demeurent, et notamment rêve-t-il son délire ?

CONCLUSIONS

Notre travail est l'illustration des premiers pas d'un groupe de recherche sur le rêve et son contenu.

Nous avons essayé de faire le bilan des méthodes et des résultats obtenus jusqu'ici dans ce domaine aventureux.

La technique des éveils provoqués en cours de P.M.O. a paru présenter le maximum d'objectivité dans l'approche de notre propos.

Nous avons voulu l'essayer sur le malade psychotique. Elle ne paraît pas avoir perturbé l'organisation cyclique du Sommeil des malades, ni celle des membres de notre groupe utilisés à titre d'étalonnage.

Nous avons remarqué qu'on obtient deux fois moins de récits oniriques chez le malade mental que chez le sujet « sain ».

Le psychotique ne paraît pas à première vue rêver son délire, mais nous n'avons abordé ni l'analyse du contenu onirique proprement dit, ni la réalisation d'échelles de transcription permettant une étude comparée d'un sujet à l'autre.

Ce travail fait l'objet d'une nouvelle étape en cours de réalisation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Doyen:
F. TAYEAU

Vu, bon à imprimer:
Le Président:
J. FAURE.

Vu et permis d'imprimer:
Bordeaux, le 18 avril 1969.
Le Recteur d'Academie:
J. BABIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aeppli (E.) : « Les rêves ». 1 vol., Petite Bibliothèque, Payot édit., Paris, 1968.
2. Bastos (O.) : « Activité onirique dans les états dépressifs ». *Evol. Psychiat.*, 1963, **28**, 101-126.
3. Bastos (E.) et Suerinck (E.) : « Les rêves des maniaques ». *Evolut. Psychiat.*, 1963, **28**, 127-136.
4. Battegay (R.) : « Prophecy in the visions and dreams of schizophrenics ». *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., Genève*, 1960, **86**, 128-192.
5. Beck (A.) et Ward (Ch.) : « Dreams of depressed patients. Characteristic themes in manifest content ». *Arch. Gen. Psychiat.*, 1961, **5**, 462-467.
6. Benoit (J.-C.) : « La fonction onirique. Intérêt psychiatrique et psychologique des études contemporaines consacrées au rêve nocturne ». *Sem. Hôp. Paris*, 1964, **40**, 2782-2786.
7. Berger (R.J.) : « When is a dream, is a dream, is a dream... ». *Expl. Neurol.* Suppl. 1967, **4**, 15-28.
8. Blumenfeld (S. et Al.) : « Quelques considérations concernant l'activité onirique chez les neurasthéniques ». *Ann. Médico-psychol.*, Paris, 1966, **124**, 311-325.
9. Bourguignon (A.) : « Recherches récentes sur le rêve ». Métapsychologie freudienne et neurophysiologie. *Les Temps Modernes*, 1966, **238**, 1603-1628.
10. Burgi (S.) : « Sommeil et rêves. Récentes découvertes sur un problème millénaire ». *Schweis Medic. Wschz.*, 1966, **96**, 1620-1626.
11. Chang (S.C.) : « Dream recall and themes of hospitalized schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, **10**, 119-122.
12. Constantinides (C.) : « Schizophrenic manifestations in hypnagogic periods and sleep ». Excerpta Medica international Congress, Proceeding of IV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, **150**, 2370-2372.

13. Dement (W.C.) : « Dreams recall and eyes movements during sleep in schizophrenics and normals ». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1955, **122**, 263-269.

14. — « Dreams and dreaming ». *Int. J. Neurol.* 1965, **5**, 168-186.

15. Dement (W.C.) and Wolpert (E.A.) : « Relationships in the manifest content of dreams occuring on the same night ». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1958, **126**, 568.

16. Ey (H.) : « Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille ». *Ann. Med. Psych.* 1934, **92**, 101-110.

17. — « Dissolution du champ de la conscience dans le phénomène sommeil-rêve et ses rapports avec la psychopathologie ». *Pres. Méd.* 1967, **75**, 575-578.

18. Faure (J.) : « Aspects anatomo-fonctionnels de la physiologie du sommeil ». Neuro-physiologie des états du sommeil. Colloque C.N.R.S., 1965, **127**, 241-283.

19. Favarel-Garrigues : « Sommeil de nuit du schizophrène en début d'évolution. Etude polygraphique par télémesure ». Thèse de médecine, Bordeaux, 1968, n° 150.

20. Feldman (N.), Leger (Y.) et Manet-Raymond (J.) : « L'heautoscopie dans les rêves pathologiques ». Excerpta Medica international Congress, Proceedings of IV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, **150**, 3103-3105.

21. Fischer (C.) and Dement (W.C.) : « Studies on psychopathology of sleep and dreams ». *Am. J. Psychiat.*, 1963, **119**, 1160-1168.

22. Freedman (N. et Al.) : « An approach to the study of dreaming and changes in psychopathological states ». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, **143**, 399-405.

23. Freud (S.) : « Die Traumdentung », (L'interprétation des rêves). 1 vol., P.U.F., édit. Paris, 1967.

24. Greensberg (R. et Al.) : « Dreaming and Korsakoff's psychosis ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, 1968, **18**, 203-209.

25. — « Delirium tremens and dreaming ». *Amer. J. Psychiat.*, 1967, **124**, 389-390.

26. Hall (C.S.) : « A comparison of the dreams of groups of hospitalized mental patients with each others and with a normal population ». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, **143**, 133-139.

27. Hartmann : « Longitudinal studies of sleep and dreams patterns in manic depressive patients ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, 1968, **19**, 312-329.

28. Hawkins (D.) et Mendels (J.) : « The psychophysiologic investigation of sleep, in patients with depression ». Excerpta Medi-

ca international Congress. Proceedings of the IV world Congress of Psychiatry, 1966, **150**, 1893-1897.

29. Heinemann (L.G.) : « Sleep deprivation psychosis subgroup of symptoms ». Excerpta Medica international Congress. Proceedings of IV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, 2392-2393.
30. Ibanez (A.F.) : « Mecanismos psicosomaticos : el sueños y los ensueños ». Excerpta Medica international Congress. Proceedings of TV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, 3106-3107.
31. Jouvet (M.) : « Sommeil paradoxal et rêves dans la déficience mentale ». *Acta Neurol. Belg.*, 1966, **66**, 116-122.
32. Jung (K.) : « Essai d'exploration de l'inconscient ». 1 vol., Gonthier édit., 1965.
33. Jung (K.) : « L'homme et ses symboles ». 1 vol., Pont-Royal édit., Paris, 1964.
34. Kales (A. et Al.) : « Sleep and dreams. Recent research on clinical aspects ». *Ann. Inter. Med.*, 1968, **68**, 1078-1104.
35. — « A review of recent sleep and dreams studies ». *Bull. Menninger Clin.*, 1967, **31**, 219-228.
38. Katan (H.) : « Dream and psychosis, their relationship to hallucinatory process ». *Inter. J. Psychanal.*, 1960, **41**, 341-351.
37. Katz (J.) : « The Joseph dreams anew ». *Psychoanal. Rev.*, 1963, **50**, 252-278.
38. Kramer (M.) : « More on depressions and dreams ». *Amer. J. Psychiat.*, 1966, **123**, 232-233.
39. Kramer (M. et Al.) : « Dreaming in the depressed ». *Canada Psychiat. ass. J.* II suppl., 1966, 178-192.
40. Lairy (G.C.) et Goldsteinas (L.) : « P.M.O. et phases de tracé lent intermittent chez les malades mentaux. Relation avec les états confusionnels et les états délirants. Activité onirique et conscience ». Symposium de Lyon, 1965.
41. Langs (R.J.) : « Manifest dreams from three clinical groups ». *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, **14**, 634-643.
42. Madow (L.) : « Physiological studies in the dreams. The role of the inconscious. Excerpta Medica international Congress. Proceedings of IV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, **150**, 3097-3099.
43. Meier (C.A.), Ruef (H.), Ziegler (A.) : « Forgetting of dreams in the Laboratory. Perceptual and Motor Skill, Southern Universities Press, 1968, **26**, 551-557.
44. Moreau (F.) : « De l'identité de l'état de rêve et de la folie ». *Ann. Med. Psych.*, **261**, 1865.

45. Noble (D.) : « A study of dreams in schizophrenia and allied states ». *Am. J. of Psychiat.*, 1951, **107**, 612.

46. Ohneiber (P. et Al.) : Sleep and dreams patterns of child schizophrenics ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, 1965, **12**, 568-571.

47. Ornitz (E. et Al.) : « Dreaming sleep in autistic twins ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, 1965, **12**, 77-79.

48. — « Dreaming sleep in autistic and schizophrenic children ». *Amer. J. Psychiat.*, 1965, **122**, 419-424.

49. Oswald (I.) : « Le sommeil et la veille ». 1 vol., P.U.F. édit. Paris, 1966.

50. Passouant (P.) : « Influence de l'âge sur l'organisation du sommeil de nuit et la période de sommeil avec mouvements oculaires ». *J. Psychol. norm. pathol.* 1964, **61**, 257-279.

51. Pegge (C.D.) : « The mode of the dream ». *J. Ment. Sci.*, 1962, **108**, 26-36.

52. Petre-Quadens (O.) : « Etude des perturbations du sommeil et de l'activité onirique des malades mentaux ». *Rev. Neurol.*, 1966, **115**, 530.

53. Rechtschaffen (A. et Al.) : Schizophrenia and physiological indices of dreaming ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, janv. 1964, **10**, 89-93.

54. Richardson (G.) et Moore (R.) : « On the manifest dream in schizophrenia ». *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Avril 1963, **11**, 281-302.

55. Rossini (R.), Zanocco (G.), Guanaldi and Gori (E.C.) : « The content of dream activity in psychoses, as related to different types of stimulation. Excerpta Medica international Congress. Proceedings of IV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, **150**, 2370-2372.

56. Roth (N.) : « Darkness and light in dreams ». *Amer. Psychother.* Avril 1962, **16**, 214-220.

57. Sartre (J.P.) : « L'imaginaire ». 1 vol. Gallimard édit., Paris, 1940.

58. Scherrer (J.) et Thomas (J.) : « Vigilance et sommeil ». *Rev. Prat.* 1964, Paris, **31** *bis*, 24-30.

59. Swanson (E.M.), Foulkes (D.) : « Dream content and the menstrual cycle ». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1968, **145**, 358-363.

60. Thomas (J.) : « L'endormissement chez le sujet normal et chez les malades psychiatriques ». *L'Encéphale*, 1967, LVI, 320-334 (XIII).

61. Touyaa (H.J.) : Estudio comparativo entre la regression onirica y la psicodelica ». Excerpta Medica international Congress,

Proceedings of IV world Congress of Psychiatry, Madrid, 1966, **150**, 3109-3110.

62. Van de Castle : « Differences in dreams content among psychiatric impatients ». University of Carolina of Med. *in* « abstract of papers presented to the 7th annual meeting of the Association for the psycho-physiological study of sleep ».
63. Van de Helde (C.) : « Blank silence and the dream screen ». *J. Amer. psychoanal. Ass.*, janvier 1960, **9**, 85-90.
64. Vincent (J.D.) : « Contribution expérimentale à l'étude des mécanismes du sommeil ». Thèse de médecine, Bordeaux 1964, **11**, 130 pages.
65. Vogel (G.) and Traub (A.) : « REM-deprivation of schizophrenics ». University of Chicago and Michael Reese Hospital. *In* « Abstracts of papers presented to the seventh annual meeting of the Association for the psychological study of sleep ». P. 383.
66. Vogel (G.) : « Dreaming and psychosis ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, 1968, **18**, 312-329.
67. Vogel (G.), Foulkes (D.), Trosman (H.) : « Ego functions and dreaming during sleep onset ». *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, **14**, 238-248.
68. Wallach (M.) and Wallach (S.) : « Involuntary eye movements in certain schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, **11**, 71-73.
69. Ward (Ch.), Bock (A.) et Rascoe (E.) : « Typical dreams incidence among psychiatric patients ». *Arch. Gen. Psychiat.*, Chicago, 1961, **5**, 606-615.
70. Whitmann (R.M.), Kramer (M.), Balridge : « Which dream does the patient tell ? » *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, **8**, 277-282.
71. Zarcone (V.), Gulevitch (G.), Pivik (T.) et Dement (W.) : « Schizophrenia and partial REM sleep deprivation ». *Arch. Gen. Psychiat.* (in press) on abstracts of papers presented to the 7th annual meeting of the association for the psychophysiological study of sleep ». Stanford University School of Med. and Veterans Administration hospital, California.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 19

CHAPITRE I

Activité mentale au cours du sommeil nocturne.

1. Existe-t-il un signal spécifique du rêve au cours du sommeil 23
2. Les méthodes de recueil du rêve 24
3. Etude expérimentale du contenu onirique 28

CHAPITRE II

Données sur le contenu manifeste du rêve chez les malades psychotiques.

A. La plupart des travaux font appel au souvenir onirique du matin 29
B. Un nombre plus restreint de travaux porte sur le récit onirique obtenu directement lors de la P.M.O. par la technique de l'éveil provoqué 31

CHAPITRE III

Méthodes et techniques.

1. Sujets étudiés 35
2. Matériel utilisé 36
3. Technique 36

CHAPITRE IV

Résultats.

1. Les diagrammes de sommeil 39
2. Récits obtenus à partir des éveils provoqués 45
3. Observations cliniques et oniriques 47

CHAPITRE V

Discussions.

1. Les diagrammes de sommeil 57
2. Les récits 59
3. Le contenu 61

Conclusions 63

Bibliographie. 65